

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia
Branca-RN**

Martha Hechavarria Fajardo

Pelotas, 2015

Martha Hechavarria Fajardo

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia
Branca-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Carine Ferreira de Araújo

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

F111m Fajardo, Martha Hechevarria

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN / Martha Hechevarria Fajardo; Ana Carine Ferreira De Araújo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Araújo, Ana Carine Ferreira De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus filhos Carlos Gabriel e Liset que são a
minha razão de viver.

Às minhas duas alegrias que são minhas
netas Devora Salet e Devora Naomis.

Agradecimentos

À minha orientadora Ana Carine Ferreira de Araújo, pelo amor e responsabilidade acadêmica com que condicionou a conclusão deste trabalho.

À minha equipe de saúde pela entrega e apoio permanente, sem eles não seria possível realizar este trabalho.

A todos os verdadeiros protagonistas desta intervenção: os idosos.

Resumo

HECHAVARRIA FAJARDO, Martha. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN**. 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento populacional do Brasil segue a passos largos, podendo chegar a sexta maior população de idosos do mundo. Por suas demandas, o envelhecimento brasileiro traz preocupações, principalmente no campo da saúde, pois o grupo maior de 60 anos tende a consumir maior quantidade de medicamentos e carece maior atenção dos serviços de saúde, dado pelas próprias doenças que acompanham o processo de envelhecimento. Nesse sentido, uma ação programática destinada a esse grupo, de acompanhamento clínico e de promoção à saúde, traz grande impacto no controle das doenças e para a saúde dos idosos. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas idosas residentes no território adscrito à UBS Antônio Santana Neto, do município Areia Branca-RN. A UBS Antonio Santana Neto, localizada na comunidade rural de Serra Vermelha, tem uma população de 1.309 pessoas na área adstrita, distribuída em 436 famílias que são atendidas pela equipe de saúde. A população-alvo foi de 139 idosos residentes na área de abrangência, e a intervenção durou 12 semanas. A cobertura alcançada foi de 79,1%, com a inclusão de 110 idosos no programa. Em relação à qualidade, todos receberam avaliação multidimensional rápida, de fragilização da velhice e da rede social, exame clínico apropriado, incluindo aferição de pressão arterial, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e avaliação dos pés e pulsos pedioso e tibial posterior, tiveram ficha espelho preenchida, receberam Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e foram orientados quanto a hábitos de alimentação saudáveis, atividade física regular e cuidados com a saúde bucal. Além disso, todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, e os hipertensos e diabéticos receberam a solicitação de exames complementares, e todos os acamados foram visitados em domicílio. Para a equipe, a intervenção foi importante porque todos os profissionais foram capacitados e alcançou-se mais organização do processo de trabalho, especialmente na atenção a esse grupo. Para o serviço, a intervenção trouxe mais organização no planejamento e acolhimento para atendimento, não só para os idosos, mas também para toda a população. E para a comunidade, possibilitou sensibilização da mesma para a realização de ações que possam abordar a prevenção de doenças e promoção da saúde e qualidade de vida na terceira idade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde dos Idosos; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS Antônio de Santana Neto.	11
Figura 2	Quadro de distribuição de idosos segundo faixa etária, na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, no período de fevereiro a abril de 2015.	64
Figura 3	Gráfico de evolução mensal do indicador de Cobertura do programa atenção à saúde do idoso na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, 2015.	65
Figura 4	Gráfico de evolução mensal do indicador de Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, período de fevereiro a abril de 2015.	67
Figura 5	Gráfico de evolução mensal do indicador de Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, período de fevereiro até abril de 2015.	70
Figura 6	Gráfico de evolução mensal do indicador de Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, período de fevereiro a abril de 2015.	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RN	Rio Grande de Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	62
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Discussão.....	74
5 Relatório da intervenção para gestores	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
Referências	85
Anexos	86

Apresentação

O volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), que aborda a realização de uma intervenção para melhoria da atenção à saúde dos idosos em uma população rural do município Areia Branca-RN, vinculada à Unidade Básica de Saúde Antônio de Santana Neto. Está composto por sete capítulos. O capítulo 1 traz a Análise Situacional, onde abordamos a situação da UBS e do nosso serviço. O capítulo 2 trata da Análise Estratégica, onde apresentamos o projeto de intervenção a ser realizado para melhorar a situação da Estratégia de Saúde da Família em nosso serviço. O capítulo 3 consiste no Relatório de intervenção, onde relatamos como foi implementado o projeto de intervenção na UBS. O capítulo 4 expõe os resultados alcançados com a intervenção. Os capítulos 5 e 6 apresentam o Relatório para gestores e o Relatório para a comunidade, respectivamente. E o capítulo 7 aborda a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante a intervenção. Ao final seguem as referências e anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Santana Neto é um pequeno prédio, localizado na zona rural de Serra Vermelha, município de Areia Branca, no Rio Grande do Norte. Composto por apenas uma pequena sala de espera, multifuncional, onde podem esperar apenas seis a oito pessoas, e um banheiro para uso da população. Também existe um armário, onde são guardados medicamentos e outros materiais para o trabalho, como modelos de diferentes tipos de blocos, uma sala menor, apenas com um platô onde está localizada a autoclave, e a sala do consultório médico, onde estão localizados uma pia e um banheiro para as pessoas que trabalham na UBS. A iluminação produzida é considerada pobre, há apenas duas pequenas janelas onde quase não há ar circulando e a luz natural é escassa, e por isso é um lugar muito quente. O piso e as paredes estão em boas condições e são lisas, podendo ser lavadas, e o telhado está em bom estado também. A UBS não possui barreiras arquitetônicas para os idosos e pessoas com dificuldades de locomoção, mas o banheiro é muito pequeno para entrar com cadeira de rodas. Não há sala de recepção, sala de arquivo, sala de reuniões, salas para armazenamento, ou sala de vacinas, curativos e farmácia. Também não há lugar para acumular lixo, nem assistente de limpeza ou recepcionista. Estas funções são realizadas por profissionais de saúde, e a Unidade é mantida limpa e organizada, mas infelizmente longe do que deveria ser uma UBS qualidade.

A equipe de saúde da UBS está composta por um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma médica. Apesar das carências dos recursos materiais e medicamentos, a equipe diariamente assiste à população de dez comunidades rurais circunvizinhas. A UBS não tem nenhum serviço odontológico, e a população recebe atenção de saúde bucal em outras

Unidades de Saúde. A população desta área é de baixo nível de escolaridade. Temos muitas dificuldades, mas com educação das comunidades vamos alcançar mudanças na saúde da população.

A programação de cada mês da Unidade é feita com antecipação: as consultas, que acontecem todas as segundas e quartas-feiras na Unidade, e de 15 em 15 dias ou mensalmente nas outras comunidades; as atividades de educação em saúde, com definição dos temas de palestras para grupos de lactantes, gestantes, adolescentes e outros, e o pessoal que realizará as atividades; a atenção aos programas de atenção às crianças, à mulher, aos idosos, e aos portadores de doenças Crônicas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); as visitas a idosos ou usuários acamados, gestantes ou lactantes faltosos, que se conhece em reunião que fazemos no último dia do mês, com a participação de toda a equipe e um líder da comunidade. A população fica sabendo sobre as atividades com antecedência, pois os ACS informam durante as visitas domiciliares.

Até pouco tempo atrás havia muita instabilidade no trabalho nessas comunidades. Só havia consultas a cada dois meses, às vezes mais tempo, ou a população tinha que ir à UBS de Pedrinhas que está aproximadamente 20 km de distância. Essa era a UBS onde eu atuava antes, e assistia a sete comunidades, mais era muito complicado trabalhar nessa condição, sendo possível realizar apenas medicina curativa. Com esta nova estratégia de trabalho, as comunidades ficam muito satisfeitas por se sentirem melhor servidos. Temos também um automóvel, uma espécie de consultório-móvel, para chegar a eles, onde levamos medicamentos e vacinas, fazemos exames de prevenção, entre outros, e oferecemos um melhor atendimento, ainda que existam muitos problemas.

A relação entre as comunidades e a equipe de saúde é boa. Usuários cooperam para que possamos fazer as atividades programadas, e se ajudam entre si. Quando o carro da Unidade fica quebrado, fazemos consulta no domicílio que eles arrumam e também alguns vizinhos emprestam seus carros para o transporte de usuários para os hospitais, se necessário. Essa é uma boa iniciativa das comunidades rurais distantes da cidade que têm problemas de transporte graves. Representantes da comunidade que fazem parte do conselho de saúde, junto com os profissionais de saúde que vivem nas comunidades, ofereceram-se para a construção, remodelação e/ou ampliação da Unidade de saúde para dar melhores condições que as atuais.



Figura 1. Fotografia da UBS Antônio de Santana Neto.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Areia Branca é um município localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, na região da Costa Branca. Limita-se com os municípios de Grossos, Mossoró, Serra do Mel e Porto do Mangue. É circundada pelos rios Mossoró, Apodi-Mossoró e Ivypanin, e pelo Oceano Atlântico, por isso se caracteriza como uma ilha. Na cidade se encontra a Ponta do Mel, único lugar do mundo onde o sertão encontra o mar. É conhecida pelas suas belas praias paradisíacas de areias brancas, dunas e falésias, além de uma porção territorial dominada pelo sertão, apresentado uma das mais ricas e variáveis formações geográficas do estado. Na sua economia se destaca o setor de serviços, e é responsável pela produção de 95% do sal do Brasil, o que lhe rendeu o título de "Terra do Sal". Segundo dados demográficos do último censo, em 2010 a população de Areia Branca era de 25.263 habitantes, e foi estimada em 27.115 habitantes para o ano 2014 (IBGE, 2010).

Entre os serviços de saúde, há dez UBS, quatro localizadas em áreas rurais e o restante em áreas urbanas, três com Estratégia de Saúde da Família (ESF), e as outras são UBS tradicionais. Há uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Especializada, que oferece serviços de Ortopedia, Pediatria, Cardiologista, Obstetrícia, Oftalmologia, Fisioterapia e outros serviços como podologia. Além disso, há o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e um hospital, com laboratório para realizar exames complementares, Raio-X, eletrocardiograma, que também podem ser feitos no Centro de Saúde Principal. Os exames mais complexos como Tomografia Computadorizada, mamografias, e outros, são realizados no município Mossoró ou Natal, com agendamento prévio pela secretaria de saúde. Ainda não existe Centro Especializado de Odontologia (CEO).

A Unidade em que atuo, UBS Antônio Santana Neto, é um serviço da prefeitura, ou seja, com vínculo direto e único com o Sistema Único de Saúde (SUS), não possuindo vínculo com instituições de ensino. O modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família, e situa-se na zona rural, na localidade de Serra Vermelha, mas atende ainda as comunidades de Canto de Amaro, Freire, Reforma I e II, Santo Reis e Garavelo I, II, III e IV. Nessas localidades, o atendimento é feito no consultório-móvel, mas quando este está com algum problema, utilizamos a residência de algum morador, escola ou mesmo o restaurante local.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, três agentes de saúde e uma médica de nacionalidade cubana, do Programa Mais Médico do Brasil. Ainda não existe equipe de saúde bucal, e essa é nossa maior dificuldade. Também não tem assistente de limpeza, e nem recepcionista, e estas funções são realizadas por profissionais de saúde.

A UBS tem uma estrutura adaptada, um pequeno prédio longe do que deveria ser uma UBS de qualidade. Não há sala de recepção, sala de arquivo, sala de reuniões, salas para armazenamento, ou sala de vacinas, curativos, e nem farmácia. Também não há lugar para acumular lixo. Felizmente já existe um projeto de construção de uma nova UBS para este ano, segundo informações da prefeitura e secretaria de saúde do município.

A equipe conhece e realiza suas devidas atribuições. Trabalhamos com consultas agendadas nas segundas e quartas-feiras na própria UBS, e nas outras comunidades, nos outros dias da semana, a cada duas semanas ou mensalmente,

alternando as populações. A população conhece a programação antecipadamente, pois os agentes de saúde informam durante as visitas domiciliares.

Os ACS cadastram todas as pessoas residentes de sua microárea, e realizam visitas nos domicílios frequentemente, no mínimo uma vez no mês. Trazem informações de todo problema de saúde que encontram na área e ajudam na programação das atividades de cada mês, além de realizar busca ativa de usuários faltosos. O técnico de enfermagem realiza vacinação e curativos. A enfermeira coleta material para exame citopatológico do colo uterino, além de atender os programas de saúde da criança e gestante, e também planeja e coordena as atividades dos ACS, e participa do mapeamento da área.

Também fazemos atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e visitas às escolas. Infelizmente não conseguimos adesão de 100% nos grupos, principalmente de adolescentes, e não podemos realizar atendimento integral por falta de recursos humanos, como equipe odontológica.

Para realizar essas atividades, realizamos reunião mensal, onde planejamos: programação das consultas para cada área rural; visita domiciliar a idosos e pessoas deficientes e às escolas; atividades dos grupos de lactantes, gestantes, adolescente e outros; e atenção aos programas Pré-natal, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, com Planejamento Familiar e Prevenção do Câncer de Colo Uterino e de Mama; e atenção à Saúde dos Idosos.

Na área adstrita temos um total de 1.294 habitantes, distribuídos em 442 famílias. Do total, 701 são do sexo feminino, e 593, do sexo masculino. De acordo com a faixa etária, existem seis crianças menores de um ano de idade, 59 crianças entre um a três anos, 10 gestantes, e 123 idosos. A população cadastrada está abaixo do que é estimado para cada ESF, mas pela distância que está uma comunidade da outra, e estas da Unidade de Saúde, esse número torna-se apropriado.

Na UBS toda a equipe realiza acolhimento. Na sala de recepção, em cada dia, são recebidos os usuários que foram pré-agendados em cada microárea pelos agentes de saúde. Os que chegam sem consulta agendada, também são escutados, e tenta-se solucionar seu problema ou encaminhá-lo, como é o caso dos que necessitam de serviço de Odontologia, porque não o temos na unidade. Os usuários que precisam de cuidado imediato são atendidos com prioridade, segundo sua queixa ou problema, e caso seja necessário, são levados ao hospital em carros dos

vizinhos ou pela ambulância do SAMU. Em nossa Unidade normalmente não existe excesso da demanda espontânea, pois no início a equipe fez reuniões com as comunidades para aumentar a conscientização sobre a finalidade do trabalho, que é principalmente preventivo e programado.

Realizamos atendimento de crianças de zero a 72 meses de idade, todos os dias em que se faz consultas na UBS, e nas comunidades de acordo com a programação. Não existia protocolo de atendimento de puericultura na UBS, mas obtivemos há pouco tempo. Além das consultas programadas, nas quais o retorno já é agendado, realizamos também atividades com grupos de mães das crianças da puericultura. Todos os membros da equipe participam da atenção a esse grupo. Não há um registro adequado das ações de saúde das crianças, porque só utilizamos os prontuários e caderneta de vacinação da criança, e por isso não conseguimos realizar um monitoramento regular dessa ação.

A cobertura da atenção a crianças menores de um ano, calculada segundo estimativa da população, está muito abaixo do que seria ideal, apenas 32%. Mas isso parece não condizer com a realidade, uma vez que acreditamos acompanhar todas as seis crianças menores de um ano que residem na área, de acordo com o cadastramento dos ACS.

Os indicadores de qualidades mostram que a atenção à criança em nossa UBS tem boa qualidade. Todas as crianças estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realizaram teste do pezinho em até sete dias e triagem auditiva, estão com vacinação em dia, e em cada consulta são avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento e saúde bucal, e suas mães foram orientadas quanto ao aleitamento materno e prevenção de acidentes. Mas devemos insistir para que todas as crianças tenham a sua primeira consulta antes dos primeiros sete dias de vida, porque apenas metade do total foi avaliada nesse período.

Para aumentar a qualidade, deve haver participação de outras especialidades no atendimento às crianças e cada profissional deve conhecer o protocolo de atendimento, e os protocolos para regular acesso das crianças a outros níveis do SUS. Além do que já realizamos, temos que realizar ainda mais atividades com grupo de mãe das crianças, melhorar o planejamento da puericultura e realizar reuniões para discutir e avaliar o programa de Atenção à Criança.

A atenção às gestantes e puérperas na UBS envolvem consultas agendadas, acolhimento às gestantes com problemas de saúde agudos, grupo de gestantes, imunização, com envolvimento de toda a equipe de saúde. Não havia protocolo de atendimento pré-natal na sua UBS, mas obtivemos há pouco tempo. Não temos registro histórico do programa de atenção pré-natal, mas recentemente foi feito um levantamento do número total deste grupo em nossa comunidade, para organizar o atendimento e oferecer atenção pré-natal adequada, e agora temos um registro de gestantes, no qual a enfermeira escreve cada ação realizada, da gravidez ao puerpério.

Existem nove gestantes realizando pré-natal na UBS, o que corresponde a 46% de cobertura, segundo estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Mas isso não reflete a realidade, pois do levantamento que os ACS realizam, temos apenas 10 gestantes no momento, sendo que uma gestante faz pré-natal na cidade. Na avaliação dos indicadores de qualidade, todas as gestantes foram vacinadas contra o tétano e hepatite B, receberam solicitação dos exames laboratoriais preconizados na primeira consulta, tiveram suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, foram avaliadas quanto à saúde bucal, e receberam orientação para o aleitamento materno exclusivo. Ainda precisamos investir na busca das gestantes para iniciarem pré-natal no primeiro trimestre, e na realização do exame ginecológico por trimestre. Esse último ponto encontra dificuldade no fato das gestantes desejarem fazer o exame no hospital.

Quanto ao puerpério, não se sabe a quantidade de partos ao certo, mas em cerca de sete meses, atendemos cinco puérperas, o que confere uma cobertura estimada de 26%. Os indicadores de qualidade mostram que nem todas se consultaram antes dos 42 dias após o parto, e que nenhuma realizou exame ginecológico na UBS, porque preferem realizar no hospital, ou teve o estado psíquico avaliado. Mas todas foram orientadas sobre aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido e planejamento familiar, tiveram mamas e abdome examinados, e foram investigadas quanto a intercorrências.

Para melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério, nossa equipe tem como tarefa permanente realizar atividades de educação a mulheres em idade fértil para ter gestante com riscos mínimos, captar todas as gestantes no primeiro trimestre, e promover exame ginecológico. Também é tarefa de nossa UBS alcançar todas as puérperas nos sete primeiros dias depois do parto, e fazer um atendimento de

qualidade. Além disso, é preciso ter o registro do programa e conseguir que todas as mulheres realizem seu pré-natal na sua Unidade de Saúde.

Os programas de prevenção do câncer de colo uterino e de mama envolvem o exame físico das mulheres, orientações sobre fatores de risco e autoexame das mamas, grupo de mulheres, coleta de material para exame citopatológico do colo uterino e solicitação de mamografia, de acordo com a faixa etária. Realizamos rastreamento oportunístico, e também organizado, e não havia protocolo de prevenção do câncer de colo uterino e de mama na UBS até pouco tempo.

A coleta de material para exame citológico do colo uterino é feita pela enfermeira, toda sexta-feira na Unidade de Saúde, e nas comunidades de acordo com a programação, mas as ações de rastreamento do câncer de colo uterino e de mama ocorrem todos os dias, e toda a equipe aproveita seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar os exames. Tentamos fazer a coleta de exame citopatológico com todas as mulheres incluídas no programa, mas muitas mulheres preferem fazer em rede particular, porque elas obtêm os resultados de forma mais rápida. Apesar disso, cuidamos para que todo caso positivo tenha seguimento.

Não existe um registro histórico na UBS que nos possibilite avaliar os programas. Faz pouco tempo que estamos registrando em um livro, para poder ter melhor controle e fazer um melhor planejamento. Agora temos a relação das mulheres que estão dentro dos programas, e algumas que já fizeram os exames, mas ainda não temos os resultados, pois demoram a chegar.

Até agora existem 137 mulheres no programa de câncer de colo de útero, que corresponde a um total de 42% da população estimada, mas não sabemos o número real de quantos exames foram realizados, quantas estão com exames em dias ou atrasados, e não temos informações sobre a amostra coletada. A maioria foi avaliada quanto ao risco para câncer de colo de útero, e orientada sobre prevenção e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Apenas duas mulheres tiveram o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Já no programa de câncer de mama temos 31 mulheres, o que equivale a 32% do total estimado para nossa população. Como não sabemos se as mamografias solicitadas foram realizadas, não sabemos quantas estão com exames em dia ou em atraso, mas todas foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama e orientadas quanto à prevenção.

Os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou com Diabetes Mellitus (DM) são atendidos em consultas agendadas na UBS, por médico e enfermeira, e sai com sua próxima consulta agendada. Não dispomos de protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS ou DM na UBS, e essa ação programática não possui um registro específico que permita o monitoramento da atenção. O registro é feito apenas em prontuário clínico, e o acompanhamento é feito somente com os dados levantados pelos agentes de saúde.

Apresentamos cobertura abaixo do estimado. Dos 264 hipertensos estimados, acompanhamos apenas 125, e de 77 diabéticos estimados, acompanhamos 33. Isso quer dizer que precisamos continuar rastreando a população, não só de risco, mas em todos, para identificar e diagnosticar aqueles casos que ainda estão por descobrir.

Nossa equipe realiza diversas ações para rastrear estas enfermidades, como: aferição de pressão arterial (PA) em todas as pessoas de 15 anos de idade ou mais uma vez no ano; aferição de PA nos usuários, toda vez que acessem a UBS; vigilância de peso de todas as pessoas com risco; e palestras sobre alimentação saudável, importância de realizar exercícios físicos, e sobre sintomas das doenças para que as pessoas possam reconhecer, sem demora.

Os indicadores de qualidade mostram que ainda há o que melhorar na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Há usuários com HAS acompanhados que não foram orientados a realizar atividades físicas e dieta saudável, e que não foram avaliados quanto à saúde bucal. Metade do total está com exames complementares em dia, e um número pequeno com estratificação de risco cardiovascular. Apesar disso, há poucos usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Entre os usuários com diabetes, todos realizaram exame dos pés e exame bucal, foram orientados a realizar atividades físicas e dieta saudável, e estão com exames periódicos em dia; a maioria teve palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, um pouco menos da metade está com estratificação de risco cardiovascular, e poucos estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Ainda precisamos melhorar nosso trabalho. Para isso, é necessário protocolo, controle adequado, melhor avaliação do programa, e inter-relação entre os setores. Precisamos de formação e operação da equipe de saúde bucal e outros profissionais que tem que participar da atenção a estes usuários, como educador

físico, nutricionista e psicólogo, e continuar desenvolvendo mais atividades de promoção à saúde, para alcançar, no futuro, usuários com maior qualidade de vida.

Na atenção aos idosos na UBS, não há protocolo de atendimento, mas nossa equipe de saúde realiza avaliação desses usuários, e o seguimento se dá segundo seu estado de saúde, com a próxima consulta já agendada na consulta atual. Os ACS têm controle de cada idoso sobre as consultas e medicação que toma. Eles lembram em cada visita da importância de fazer exercício físico e manter o peso adequado. As ações são realizadas por toda a equipe e são registradas apenas no prontuário clínico de cada idoso.

Temos 123 pessoas com 60 anos ou mais de idade acompanhadas na UBS, o que corresponde a 88% da população dessa faixa etária, estimada em 140, e que parece estar de acordo com a realidade. Os indicadores de qualidade mostram que a grande maioria dos idosos está com acompanhamento em dia, uns na UBS e outros no próprio domicílio, com avaliação de risco para morbidade, e orientados quanto a hábitos alimentares saudáveis, prática de atividades física regular, e avaliação de saúde bucal. Apenas 37% tiveram a Avaliação Multidimensional Rápida e foram investigados quanto os indicadores de fragilização na velhice, e nenhum idoso possui a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, pois não tínhamos esse material disponível na UBS até pouco tempo.

Para melhorar o processo de trabalho e também a qualidade de vida das pessoas idosas, é necessária melhor integração com outros setores e especialidades como Psicólogo, porque esses usuários frequentemente têm quadros depressivos e outros problemas que precisam de avaliação, Educador Físico, que ofereça aos idosos as orientações sobre atividade física a realizar, e um serviço de odontologia.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao finalizar este relatório de análise situacional da UBS Antônio Santana Neto, e fazer um comparativo entre ele e a avaliação da situação da ESF antes, chegamos à conclusão que tanto os questionários preenchidos, como as reflexões propostas, conversas e leituras dos documentos e das orientações, ajudaram a

organizar o trabalho da unidade, a conhecer como funciona a Atenção Básica de Saúde no Brasil, e fazer mudanças no coletivo.

Hoje em nossa UBS conhecemos o tamanho da população cadastrada e os principais dados dos grupos populacionais. Também conseguimos alguns documentos necessários para o atendimento adequado, como o protocolo de alguns programas, tais como Atenção à Saúde da Criança, Atenção ao Pré-natal e Controle do câncer de Colo de Útero e de Mama, e Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, que já estão sendo distribuídos pelos agentes de saúde. Além disso, nossa população vai ter atendimento com equipe de saúde bucal duas vezes na semana na UBS Pedrinhas. Tudo isso depois das conversas com os gestores de saúde, que ajudaram a emergir novas ideias e elevar o nível de participação da comunidade para resolver os problemas de saúde.

Mas ainda temos como desafios: 1) Realizar capacitação de temas de promoção de saúde a toda equipe, principalmente aos agentes de saúde, para alcançar ações de saúde com qualidade nas visitas domiciliares; 2) Conseguir diminuir as demandas espontâneas desnecessárias; 3) Participação ativa da comunidade na busca e solução dos problemas que afetam sua saúde; 4) Realizar rastreamentos na população, procurando casos escondidos de doenças como a HAS, DM e outras; 5) Realizar atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde em nossa população para alcançar mudanças no estilo e condições de vida; 6) Conseguir uma equipe de saúde bucal para nossa UBS e apoio do NASF; 7) Registrar as ações de saúde aos diferentes grupos em cada programa, para poder realizar avaliação dos indicadores de cobertura e qualidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Já há previsões de que o século XXI será marcado por profundas transformações de estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil, e que a proporção de idosos vai triplicar nos próximos quarenta anos (CHAIMOWICZ, 2003). O envelhecimento populacional do Brasil segue a passos largos, podendo chegar à sexta maior população de idosos do mundo. Em 2013, o aumento da população fez o país chegar à marca de 201.032.714 habitantes. Os dados levantados pelo censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010) apontam que a população brasileira deve ter uma mudança de perfil nas próximas décadas. As características demográficas do país serão: menor crescimento populacional, famílias pequenas e crescimento da população idosa. Por suas demandas, o envelhecimento brasileiro traz preocupações, principalmente no campo da saúde, pois o grupo maior de 60 anos tende a consumir maior quantidade de medicamentos e carece maior atenção dos serviços de saúde, dado pelas próprias doenças que acompanham o processo de envelhecimento. Daí a importância da ação programática destinada a esse grupo, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), pois o acompanhamento clínico e de promoção à saúde traz grande impacto no controle das doenças e na saúde dos idosos, reduzindo a gravidade e a morbidade, permitindo identificar precocemente sinais e sintomas de doenças ou síndromes, e a adoção de medidas de intervenção específicas que contribuem para a eliminação ou controle desse processo (BRASIL, 2007).

A Unidade Básica de Saúde Antônio Santana Neto, localizada na comunidade rural de Serra Vermelha, atualmente tem uma população de 1.309 pessoas na área adstrita, distribuída em 436 famílias, que são atendidas por uma equipe de saúde composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de

enfermagem e três agentes comunitários de saúde. A estrutura física para fazer atendimento aos usuários não é adequada, pois se trata de um pequeno prédio adaptado, com uma sala de atendimento para o médico e enfermeira, e outra sala que tem várias funções, como recepção dos usuários, sala de reunião e para fazer as atividades coletivas, tais como palestras e ações de saúde com os grupos.

A população-alvo dessa intervenção é de 139 idosos residentes na área de abrangência. A cobertura da atenção à saúde dos idosos é de 88%, com acompanhamento de 123 idosos. A maioria está com acompanhamento em dia, com avaliação de risco para morbidade, e orientados quanto a hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, e avaliação de saúde bucal. Mas poucos passaram por Avaliação Multidimensional Rápida ou foram investigados quanto aos indicadores de fragilização na velhice, e nenhum possui a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Além disso, o acompanhamento aos idosos é realizado sem a referência de um protocolo de atendimento, e não são planejadas ações específicas para este grupo na programação de trabalho da unidade. Por isso a necessidade e relevância da intervenção proposta.

Temos como dificuldades o acesso dos idosos à Unidade, pela distância das microáreas rurais, e falta de alguns recursos que dependem dos gestores do município. Os aspectos que favorecem a realização da intervenção são o engajamento e disposição da equipe de saúde, e a disponibilidade de transporte para a área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial (PA) sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Antônio de Santana Neto, no Município de Areia Branca-RN. Participarão da intervenção 139 pessoas com 60 anos ou mais de idade, residentes na área rural de Serra Vermelha, e cadastradas na UBS pelas ACS. No Relatório de Análise Situacional foi estimada uma população de 140 idosos, mas como a diferença é mínima, decidimos considerar nossa população real, obtida pelos registros das ACS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o número de idosos cadastrados na área de abrangência.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Todo idoso que solicite atendimento na unidade de saúde, que ainda não tenha consulta agendada, será acolhido por uma técnica de enfermagem, para aferição de peso. Serão disponíveis duas ou três vagas diárias, além de solucionado a demanda que o levou ao serviço.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Para ampliar a cobertura de atenção a saúde dos idosos da área da unidade, será realizado pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares, o cadastro de todo idoso que está morando na área, se ainda não for cadastrado, assim como o idoso que acesse a UBS pela primeira vez.

Ação: Atualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Detalhamento: Será preenchido por cada profissional o consolidado de atendimentos diariamente, que serão entregues à enfermeira ao final de cada mês, para que sejam enviados à secretaria, assim como os dados obtidos com os ACS.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão efetuados encontros com as comunidades, em escolas, domicílios e na própria unidade de saúde para informar e esclarecer sobre a importância do atendimento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Serão efetuados encontros com as comunidades, em escolas domicílio e na própria unidade de saúde para informar sobre o Programa de Atenção ao Idoso.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe, principalmente para os ACS, sobre acolhimento dos idosos na UBS.

Ação: Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação dos ASC sobre busca dos idosos que ainda não estão realizando acompanhamento nos serviços de saúde.

Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a Política Nacional de Humanização do Brasil, para que possam conhecer os direitos da população alvo.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar as fichas de acompanhamento semanalmente para verificar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Detalhamento: Será solicitada à Secretaria de Saúde os materiais e recursos necessários que não existem na unidade de saúde para garantir uma Avaliação Multidimensional Rápida a cada idoso.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Na reunião de equipe serão distribuídas as ações que serão feitas por cada integrante na Avaliação Multidimensional Rápida, assim como metodologia para que seja realizada corretamente.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: As comunidades serão informadas sobre a importância de fazer ao menos anualmente a Avaliação Multidimensional Rápida nos idosos, nas reuniões que serão realizadas nas diferentes microáreas.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Depois da conclusão do atendimento de cada idoso, serão explicados detalhadamente os resultados ao usuário, assim como também o que deve ser feito para manter ou melhorar a saúde.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe será estudado o protocolo de atenção os idosos para que este seja aplicado adequadamente.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Depois de estudar os documentos da Avaliação Multidimensional aos idosos, cada integrante da equipe será treinado na prática, no que se refere ao atendimento aos usuários para a avaliação.

Ação: Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: A equipe será treinada em reunião para reconhecer quando um usuário deve ser encaminhado para realizar avaliações mais complexas, principalmente os agentes de saúde, que são os que mais frequentemente estão em contato com os usuários.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho para idosos, a realização do exame físico apropriado.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Será definida em reunião de equipe atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Programar em reunião mensal de equipe os idosos que devem ser buscados para realizar o exame clínico apropriado.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizado em agenda de programação um espaço para acolher os idosos com DM ou HAS provenientes das pesquisas nos domicílios.

Ação: Garantir a referência e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Médica e enfermeira encaminharão via referência a um nível especializado, de acordo com a necessidade, aqueles idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades e exigirá contra referência para um controle adequado posteriormente.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão orientados em palestras e encontros com as comunidades, e durante os atendimentos, quais são os riscos de doenças neurológicas e cardiovasculares decorrentes da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e como é importante ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe será abordado pela médica o tema do exame físico completo, com demonstração do mesmo.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe verificará semanalmente a solicitação dos exames complementares para os idosos na ficha espelho.

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A equipe verificará a realização dos exames complementares pelos idosos na ficha espelho.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Estabelecer como rotina que serão solicitados pela médica os exames complementares àqueles idosos que não tiverem feito e aqueles que tiveram resultados anteriores alterados, para uma nova avaliação, e depois serão solicitados com uma periodicidade anual, se não estiverem alterados.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A equipe vai verificar junto ao Secretário de Saúde a possibilidade de recursos humanos e materiais para realizar a coleta das amostras para exames na própria unidade de saúde, em função da distância e da idade avançada dos usuários.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer como rotina a sinalização das fichas no campo de realização de exames complementares, para que sirva como lembrete ao profissional.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Em palestras, conversas e consultas que se realizarem, será informado à comunidade sobre a importância que tem a realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Detalhamento: Em palestras, conversas e consultas que se realizarem, será informado à comunidade sobre a periodicidade para se realizar os exames complementares.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada sobre o protocolo que vamos adotar na UBS, e sobre os exames a serem solicitados periodicamente.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos/Hiperdia.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho os usuários que utilizam medicamento da Farmácia Popular.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Ao final de cada mês os técnicos de enfermagem, enfermeira e médica realizarão revisão dos medicamentos que existem na unidade (quantidade e data de vencimento), para organizar e poder fazer a solicitação segundo as necessidades.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Atualizar o registro dos medicamentos de cada usuário com doenças crônicas.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Em conversas e palestras que se realizarão na unidade e na comunidade, serão orientados os usuários e toda a comunidade sobre a existência dos medicamentos para doenças crônicas e outros, e o direito deles de obtê-los, inclusive na própria unidade de saúde.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será realizada uma reunião de capacitação para a equipe sobre os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, para poder orientar melhor os usuários.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: verificar as fichas de acompanhamento dos agentes de saúde a cada semana, onde deverão informar quantos idosos continuam acamados ou quantos têm problemas de locomoção, para atualizar cadastramento e planejar as visitas e outras ações de saúde para este grupo.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Manter atualizado o registro de idosos acamados ou com problemas de locomoção, que os agentes de saúde possuem, para garantir o cumprimento das visitas programadas e consultas no domicílio destes usuários.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Será orientada em uma reunião, primeiramente entre equipe e líderes comunitários, e depois com toda a população, sobre a existência do programa de atenção à saúde do idoso.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Será realizada uma reunião na UBS para capacitar os ACS onde será acordada metodologia para realizar o cadastramento de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar realização de visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho as visitas realizadas a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizada reunião com equipe de saúde para programar as visitas aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, pelos agentes comunitários de saúde e pela equipe completa, uma vez ao mês.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento: Realizar atividade de sala de espera na unidade de saúde, para orientar sobre os casos que devem ser solicitada visita domiciliar.

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Realizar atividade de sala de espera na unidade de saúde, para orientar sobre a disponibilidade de visitas domiciliares, para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizada uma reunião na UBS para capacitar os ACS onde será acordada metodologia para realizar o cadastramento e identificação de acompanhamento domiciliar de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência.

Ação: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Será realizada reunião com os agentes de saúde para orientar sinais ou sintomas que possam indicar necessidades de visitas domiciliares.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Verificar nos registros (ficha espelho) o número de idosos submetidos a rastreamentos para HAS pelo menos em uma vez ao ano.

AÇÕES DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: Serão acolhidos todos os idosos portadores de HAS no mesmo momento que seja solicitado o serviço.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será verificada a existência ou não dos materiais necessários para a verificação da pressão arterial dos idosos, e solicitados ao gestor se necessário.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medição da tensão arterial após os 60 anos de idade.

Detalhamento: Será orientada à comunidade pela equipe de saúde, na sala de espera e durante as visitas domiciliares, a importância de realizar a medida da tensão arterial após os 60 anos.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas escolas de cada microárea para orientar sobre fatores de risco para desenvolvimento de HAS e como preveni-los.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Será realizada capacitação à equipe sobre o a verificação da pressão arterial, em uma reunião na unidade de saúde, onde será realizada a prática entre eles mesmos.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho os idosos com cifras de PA maior que 135/80 para realização do rastreamento para DM.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: Será orientado em conversa com toda equipe, a acolher adequadamente a todo idoso portador de DM que chega solicitando atendimento, no mesmo instante.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermagem vai solicitar os materiais necessários e adequados à Secretaria de Saúde para realizar o hemoglicoteste aos usuários da intervenção.

Ação: Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Estabelecer um símbolo que identifique nas fichas aquele idoso que deve realizar o hemoglicoteste.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Detalhamento: Orientar a comunidade em palestras ou conversas no domicílio sobre a importância do rastreamento periódico para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou aquele idoso que já tem diagnóstico de HAS.

Ação: Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Serão realizadas palestras com as comunidades em diferentes microáreas, para orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Será realizada na UBS uma aula demonstrativa para a equipe para orientar como proceder para realizar adequadamente o hemoglicoteste em idosos.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

ACOES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: A equipe verificará a situação de atendimento odontológico dos idosos nas fichas espelhos.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os idosos que solicite os serviços de odontologia serão acolhidos, escutados e orientados pela técnica de enfermagem que realiza acolhimento.

Ação: Organizar agenda de consulta de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Discutir com o odontólogo a destinação de vagas na agenda para atendimento dos idosos que serão encaminhados.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: A médica ou enfermeira, depois de revisar a cavidade bucal do idoso, orientará e encaminhará os idosos para agendamento de consulta odontológica.

ACOES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Realizar atividade de sala de espera para a comunidade para orientar sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento e realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para a equipe para abordar as necessidades de atendimento da saúde bucal e realização do acolhimento adequado aos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o número de idosos que fazem acompanhamento odontológico.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar acolhimento aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Estabelecer com a equipe rotina de acolhimento aos idosos que solicitam os serviços odontológicos, em qualquer momento.

Ação: Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o número de idosos que fazem acompanhamento odontológico.

Ação: Organizar agenda de consulta de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Discutir com o odontólogo a destinação de vagas na agenda para atendimento dos idosos.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: A médica ou enfermeira, depois de revisar a cavidade bucal do idoso, orientará e encaminhará os idosos para agendamento de consulta odontológica.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Detalhamento Realizar atividade de sala de espera para orientar a comunidades sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e sobre as facilidades oferecidas para eles.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento: Serão realizadas atividades na sala de espera para orientar a comunidade sobre a necessidade e importância da realização de exames bucais para as pessoas idosas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir estratégias para captação de idosos para realizarem acompanhamento odontológico.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre acolhimento aos idosos.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para os agentes de saúde sobre a captação de idosos.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Será realizada capacitação para os dentistas que vão participar da intervenção para que seja feita a primeira avaliação odontológica dos idosos na área, utilizando o automóvel do município, previamente acordado com os gestores de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Ministério da Saúde.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Serão planejadas em agenda as visitas domiciliares para buscar os idosos que não comparecem ao serviço.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizada a agenda das consultas para acolher os idosos provenientes das buscas no mesmo instante.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a importância de realizar as consultas aos idosos periodicamente segundo o protocolo do Ministério da Saúde.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir estratégias para não ocorrência de evasão dos idosos a consultas.

Ação: Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade sobre a periodicidade para realização das consultas.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Reunião de capacitação para os agentes de saúde para que possam orientar adequadamente aos idosos quanto a realizar as consultas com a periodicidade estabelecida.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Será planejado na reunião com a equipe, o programa e a periodicidade dos atendimentos para os idosos da área.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente as fichas espelho para avaliar a qualidade dos registros.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da atenção básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento: Alimentar os dados no SIAB em tempo hábil.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe de saúde o uso da planilha de registro específica de acompanhamento do atendimento aos idosos, através de uma reunião de capacitação sobre o Projeto.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será efetuada uma reunião de capacitação sobre o Projeto, onde pactuaremos o registro das informações e treinamento no preenchimento do documento.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Na reunião de capacitação sobre o Projeto, será escolhida a pessoa responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Na reunião de capacitação sobre o Projeto, será estabelecida uma forma de sinalização das fichas como alerta quanto houver atraso da realizado de uma das ações da saúde com o idoso, como Avaliação Multidimensional Rápida e demais procedimentos preconizados.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar atividades de sala de espera para orientar a comunidade e os usuários idosos sobre o direito que tem em relação à manutenção de seus registros e direitos de acesso à segunda via se necessário.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para preenchimento de todos os registros necessários para acompanhamento do atendimento de idosos.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho o número de idosos que tem Caderneta de saúde.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor municipal para solicitar a disponibilização da Caderneta de Saúde da pessoa idosa. Caso não dê certo, será solicitado ao gestor regional, numa reunião que deve ser realizada no início de dezembro.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Realizar atividade de sala de espera e em grupo de idosos sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para treinar o preenchimento da caderneta de saúde das pessoas idosas.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o número de idosos de maior risco de morbimortalidade.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Será organizada agenda para priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Ao finalizar a consulta aos idosos, será informado seu nível de risco e explicado a importância de manter acompanhamento mais frequente, quando se tratar de um risco alto.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe de saúde sobre o tema de fatores de risco de morbimortalidade da pessoa idosa, após estudo individual sobre o assunto uma semana antes.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Verificar as fichas espelho semanalmente para verificar o número de idosos que foram investigados para indicadores de fragilização.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Organizar agendas para priorizar o atendimento aos idosos frágeis na velhice.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Realizar atividade de sala de espera e de grupo de idosos para esclarecer sobre a importância de realizar acompanhamento mais frequente quando houver fragilização na velhice.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a fragilização na velhice, para que possam identificar e depois registra nas fichas os indicadores de fragilidade.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelhos a realização da avaliação da rede social de todos os idosos.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Comprovar nas visitas domiciliares a informação sobre rede social deficiente.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Organizar agenda para visitas domiciliares a idosos com rede social deficiente.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Realizar atividade de sala de espera para orientar a comunidade que pertence ao território de nossa UBS sobre como acessar o atendimento prioritário.

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir estratégias de promoção da socialização dos idosos.

AÇÕES QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe onde se abordará o tema de idosos e redes sociais para que a equipe tenha mais conhecimento e possa avaliar as redes sociais dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

AÇÕES MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o campo de registro de realização de orientações de hábitos alimentares saudáveis.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Verificar segundo dados das fichas espelhos, o número de idosos com obesidade / desnutrição.

AÇÕES ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Será realizada uma reunião na UBS com toda a equipe para definir os temas que cada membro da equipe vai orientar nas atividades educativas para os idosos.

AÇÕES ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Realizar atividade em sala de espera e em grupo de idosos sobre os benefícios de adoção de hábitos alimentares saudáveis.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Detalhamento: Reunião de capacitação a toda equipe para realizar promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Ação: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Reunião de capacitação da equipe onde se abordará o tema de alimentação saudável para idosos e hipertensos.

Metas: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos cadastrados na intervenção.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o número de idosos que receberam orientação de atividade física regular.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho o número de idosos que realizam atividade física regular.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar reunião de equipe para definir o papel de cada um no grupo de idosos para na orientação para a prática de atividade física regular.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor municipal para discutir parcerias institucionais para realização de atividade física.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades de sala de espera e no grupo de idosos sobre a importância de realizar atividades físicas regulares.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Reunião da capacitação da equipe de saúde na UBS onde se abordará o tema de prática de atividade física regular do idoso.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

ACOES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho semanalmente o número de idosos que passaram por atividade educativa individual sobre saúde bucal.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será definido que cada consulta terá um tempo médio de 30 minutos para poder orientar adequadamente a cada um dos idosos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Será informado à comunidade sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Reunião de capacitação da equipe sobre o tema de higiene bucal e de próteses para orientar melhor os idosos da área.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus.

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso vamos adotar como protocolo o Caderno de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, do Ministério da Saúde, do ano de 2010 (BRASIL, 2010). Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Com base em nossa meta de cobertura, estimamos alcançar com a intervenção 137 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as 137 fichas espelho (Anexo C) necessárias. As fichas ficarão em uma pasta arquivo na UBS, e serão separadas nos dias de consultas. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B).

As fichas serão verificadas na sexta-feira de cada semana pela médica da Unidade, para inclusão dos dados na planilha, relativos ao número de idosos cadastrados no programa, com Avaliação Multidimensional Rápida, com exame clínico apropriado, com solicitação de exames complementares periódicos em dia, com prescrição de medicamentos da farmácia popular, acamados ou com problemas de locomoção, e que receberam visita domiciliar, com medida da pressão arterial na última consulta, com pressão alta e rastreado para DM, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com primeira consulta odontológica, que faltaram as consultas programadas e que foram buscados, com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, rastreados quanto ao risco de morbimortalidade, investigados quanto a indicadores de fragilidade, com avaliação da rede social, e com orientações sobre saúde bucal, exercícios físicos e alimentação saudável. Além disso, as fichas serão verificadas quanto à qualidade dos registros.

Para garantir que as ações definidas e o registro em fichas espelho sejam realizados, será estabelecida o sistema alerta nas fichas espelho, com uma sinalização das fichas quanto houver atraso na realização de uma ação, e com um símbolo que identifique nas fichas o idoso que deve realizar o hemoglicoteste.

Será estabelecida uma rotina de atendimento e acolhimento na Unidade. Todo idoso que solicite atendimento na Unidade de Saúde, que ainda não tenha consulta agendada, será acolhido por uma técnica de enfermagem, incluindo portadores de HAS e DM e aqueles que buscam os serviços de odontologia. Serão disponíveis duas ou três vagas diárias para atendimento, além de solucionada a demanda que o levou ao serviço. Será realizado pelos ACS, em visitas domiciliares,

o cadastro de todo idoso residente da área que ainda não for cadastrado, assim como aquele que comparecer à Unidade pela primeira vez. A Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos utilizará como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde (Anexo D).

O agendamento de consultas será programado, garantindo vagas para aqueles que serão buscados, e aqueles que serão convidados ao serviço pelos ACS, com prioridade para os idosos de maior risco de morbimortalidade e com indicadores de fragilidade na velhice. A consulta deve ser agendada com tempo de 30 minutos de duração, para garantir orientações em nível individual. Durante a consulta, a médica ou a enfermeira devem solicitar os exames complementares àqueles idosos que não tiverem feito ou que tiveram exames alterados, garantindo uma periodicidade anual, no mínimo. A médica ou enfermeira, depois de revisar a cavidade bucal do idoso, encaminhará para agendamento da consulta odontológica. Ao finalizar a consulta do idoso, será informado seu nível de risco e explicada a importância de manter acompanhamento mais frequente, quando se tratar de um risco alto.

Serão programadas, em reunião mensal, as visitas domiciliares da equipe aos idosos acamados, com problemas de locomoção ou com rede social deficiente, utilizando a lista de idosos acamados ou com problemas de locomoção que os ACS possuem, e que deve ser atualizada semanalmente. Os idosos faltosos às consultas também serão buscados semanalmente, após a identificação dos mesmos nas fichas espelho, e a agenda será organizada para acolher esses idosos provenientes das buscas.

Para o estabelecimento dessa rotina de acolhimento, atendimento e registro, tudo será pactuado junto à equipe, inclusive o registro das informações, o uso da planilha de acompanhamento e a pessoa responsável pelo monitoramento dos registros. Serão definidos em reunião também os temas que cada membro da equipe vai orientar nas atividades educativas para os idosos, tanto sobre orientação nutricional quanto de prática de atividade física regular. Será discutida com o gestor a disponibilização de um profissional odontólogo para atendimento dos idosos do programa, e com o odontólogo a destinação de vagas na agenda para atendimento dos mesmos.

Para garantir a disponibilização de materiais, insumos e ferramentas, será realizada uma reunião com o Secretário de Saúde no início da intervenção. Será

discutida a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a possibilidade de recursos humanos e materiais para realizar a coleta das amostras para exames na própria Unidade de Saúde, a solicitação de materiais necessários para a verificação da pressão arterial e hemoglicoteste, e para discutir parcerias institucionais para realização de atividade física.

Além disso, para garantir a disponibilização de medicamentos suficientes, será atualizado o registro dos medicamentos de cada usuário com doenças crônicas. E para garantir o controle de estoque, ao final de cada mês os técnicos de enfermagem, enfermeira e médica realizarão revisão dos medicamentos que existem na unidade, quantidade e data de vencimento, para organizar e poder fazer a solicitação segundo as necessidades.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, os dados serão coletados mensalmente em reunião e enviados em tempo hábil para alimentar o sistema.

Para promover o engajamento público, serão realizadas reuniões com a comunidade, palestras nas escolas das microáreas, atividades de sala de espera, e grupo de Idosos. Antes da intervenção, será realizada uma reunião com líderes comunitários para informar sobre a existência do um programa de Atenção à Saúde do Idoso. Já nas duas primeiras semanas de intervenção, serão realizadas duas reuniões com a comunidade. Na primeira reunião serão abordadas: a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde; a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de Saúde; a importância da avaliação dos idosos e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; a importância de realizar as consultas periodicamente segundo o protocolo do Ministério da Saúde; E a importância e periodicidade de realização de exames complementares. A segunda reunião com a comunidade será para discutir estratégias para não ocorrência de evasão dos idosos a consultas, estratégias de promoção da socialização dos idosos, e estratégias para captação de idosos para realizarem acompanhamento odontológico.

Serão realizadas palestras nas escolas das comunidades de Canto de Amaro, Freire, Reforma I e II e Santo Reis, uma a cada mês, para orientação sobre fatores de risco para desenvolvimento de HAS e DM e como preveni-los, sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas

periodicamente, e sobre a importância do rastreamento periódico para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80mmHg ou aquele idoso que já tem diagnóstico de HAS.

Além disso, serão realizadas atividades de sala de espera na Unidade de Saúde nos dias de atendimento aos idosos, para orientar sobre a disponibilidade de visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção; a importância de realizar a medida da tensão arterial após os 60 anos; sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos; sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e sobre as facilidades oferecidas; a existência dos medicamentos para doenças crônicas e outros, e o direito para obtê-los, inclusive na própria Unidade de Saúde; o direito que tem em relação à manutenção de seus registros e direitos de acesso à segunda via se necessário; a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção; a importância de realizar acompanhamento mais frequente quando houver fragilização na velhice; o acesso ao atendimento prioritário; o benefício de adoção de hábitos alimentares saudáveis; e sobre a importância de realizar atividades físicas regulares.

Será criado um grupo formado por todas as pessoas da equipe que tiverem interesse e idosos e pessoas da comunidade, que se reunirá na Unidade periodicamente, uma vez ao mês, com a seguinte programação:

Primeiro encontro: Programa de Atenção à Saúde do Idoso; condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social; direito de ter os medicamentos na própria unidade de saúde; direito de manutenção de seus registros e de acesso à segunda via se necessário; importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção; e acesso ao atendimento prioritário.

Segundo encontro: Riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças; importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; importância da realização de exames complementares; importância de realizar acompanhamento mais frequente quando houver fragilização na velhice.

Terceiro encontro: Benefícios de adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Quarto encontro: Importância de realizar atividades físicas regulares; necessidade da realização de exames bucais.

Para capacitar a equipe, serão feitas quatro reuniões de capacitação, semanalmente, no primeiro mês. A primeira reunião será para capacitar a equipe quanto à Política Nacional de Humanização, avaliação da necessidade de atendimento e acolhimento aos idosos; Caderno de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010) e exames complementares; cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; registro adequado em ficha espelho dos procedimentos em todas as consultas. Nessa mesma ocasião, será definida com a equipe a periodicidade das consultas.

A segunda reunião abordará a realização de exame clínico apropriado, fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, indicadores de fragilização na velhice, e Avaliação Multidimensional Rápida, com estudo prévio e treinamento prático no dia; encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas; preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; avaliação da rede social dos idosos; e alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A terceira reunião tratará da promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, a realização de atividade física regular, e higiene bucal e de próteses dentárias.

A última reunião de capacitação será dividida em dois espaços. A enfermeira capacitará os ACS para a orientação de idosos quanto à realização das consultas e sua periodicidade, para a captação de idosos e busca dos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, para o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Enquanto isso, a médica capacitará a técnica de enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

A capacitação dos dentistas que vão participar da intervenção, para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos, será feita na semana anterior do início do atendimento odontológico dos usuários, para orientar sobre o preenchimento da ficha de acompanhamento adequadamente, e para planejar o atendimento com frequência semanal, com a utilização do consultório-móvel do município, previamente acordado com os gestores de saúde.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	Antes	SEMANAS															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Reunião de capacitação da equipe.		x	x	x	x												
Capacitação das odontólogas.	X																
Implantação de ficha espelho e sistema alerta.		x															
Reunião com o gestor municipal de saúde para garantir a disponibilidade de insumos, materiais e profissionais de apoio.		x															
Reunião com líderes da comunidade.	X																
Reunião com a comunidade.		x	x														
Cadastramento de todos os idosos da área de abrangência da unidade de saúde pelos ACS.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Acolhimento e atendimento aos idosos para inclusão no Programa.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palestras nas escolas de cada microárea.				x				x				x				X	
Atividades de sala de espera na Unidade de Saúde.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
Grupo de Idosos.			x				x				x				x		
Verificação das fichas espelho para coletar as informações e inserir na planilha eletrônica de monitoramento.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunião da equipe para avaliação dos indicadores,					x				x				x				x

programação de buscas e visitas, e coleta de dados para o SIAB.																	
Visita domiciliar aos idosos acamados, com problemas de locomoção ou com rede social deficiente.						x				x				x			
Busca ativa dos idosos faltosos às consultas.						x				x				x			
Revisão dos medicamentos que existem na unidade (quantidade e data de vencimento) e pedido mensal.					x				x				x				X

3 Relatório da Intervenção

A UBS Antônio Santana Neto está situada na zona rural do município Areia Branca do Estado Rio Grande do Norte. A população total até o mês de maio de 2015 aumentou para 1.309 pessoas, e deles 139 são pessoas com 60 anos ou mais de idade, que moram distribuídos em dez microáreas da região.

A equipe iniciou uma intervenção na Atenção à Saúde do Idoso, no dia 05/02 do presente ano. Conforme orientação do curso, houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Sendo assim, a intervenção finalizou em 08 de maio de 2015.

Para realizar a intervenção, à medida que fizemos o projeto a equipe foi conhecendo algum tema relacionado à saúde dos idosos, como direito dos idosos, Humanização e o protocolo de atenção do ano de 2010, porque não tinha nenhum na Unidade e no município. Nos dias anteriores ao início da intervenção foi realizada a conversa com equipe de odontologia, para conhecer ocorrência do atendimento dos idosos nas Pedrinhas, e fazer capacitação também. Foi acordado três dias de atendimento no horário da tarde, mas aconteceu que, pela distância das comunidades e a idade da população alvo, além de pouco meio de transporte nesse horário para chegar até Pedrinhas, o melhor foi consertar o consultório-móvel para ir até as comunidades.

A outra questão foi a conversa com o secretário de saúde, gestor da atenção básica e assessor da prefeita, quando foi apresentado o projeto e discutidas as necessidades, onde tivemos o compromisso dos gestores para: 1) Consertar o consultório-móvel para poder facilitar nosso atendimento e o odontológico, porque na maioria das vezes o atendimento ocorria em casas dos moradores, ou onde fosse improvisado pela comunidade, sendo que não existia o mínimo de condições, com ausência de ventilação, e às vezes até de privacidade; 2) Disponibilizar materiais

necessários; e 3) Apoio com pessoal necessário como equipe de NASF. Nesse mesmo dia já levamos conosco as Cadernetas de Saúde dos Idosos e as fichas espelho impressas e que foram estudadas pela equipe antes de serem implantadas na intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Uma vez iniciada a intervenção propriamente dita, as ações planejadas foram cumpridas nos três meses da intervenção. Houve boa participação, tanto dos integrantes da equipe como dos idosos, apesar de algumas dificuldades que descrevemos mais adiante, e que influenciou no estado de ânimo da equipe.

Entre as facilidades para realizar as ações planejadas, tivemos a união da equipe e interesse para melhorar a saúde dos idosos e para resolver algumas dificuldades que se apresentaram; a participação da comunidade, que propiciou local para realizar acolhimento e atendimento da população e contribuiu na busca de faltosos junto aos agentes de saúde; o trabalho fundamental dos ACS durante as visitas para cadastrar o maior número de idosos na intervenção; e a secretaria de saúde que facilitou documentos como as fichas espelho, cadernetas de saúde das pessoas idosas, e material para o hemoglicoteste.

Realizamos quatro reuniões de capacitação da equipe de saúde, ocorridas na UBS e na escola de Canto de Amaro, com a presença de toda a equipe de saúde. Na primeira reunião abordamos avaliação da necessidade de atendimento e acolhimento aos idosos, cadastramento, como identificar as necessidades e encaminhar ao serviço odontológico, Caderno de Atenção a Saúde dos Idosos e Envelhecimento (BRASIL, 2010), registro adequado em fichas espelho dos procedimentos em cada consulta. Na segunda reunião discutimos o preenchimento das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, fatores de risco para morbimortalidade das pessoas idosas, indicadores de fragilização na velhice, avaliação da rede social dos idosos, e alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Na terceira, falamos sobre promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", a realização de atividades físicas regulares e higiene bucal e de próteses dentárias. E na quarta reunião foram capacitados os ACS para orientar aos idosos quanto à realização e periodicidade das consultas, acompanhamento dos idosos acamados ou com

problemas de locomoção, e para reconhecimento dos casos que necessitavam de visita domiciliar, e foram feitos a capacitação e o treinamento para verificação de pressão arterial de forma criteriosa.

Realizamos duas reuniões com a comunidade nas duas primeiras semanas da intervenção. Na primeira semana abordamos a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e a facilidade de realizá-lo na Unidade de Saúde, a existência do Programa de Atenção a Saúde do Idoso, importância de realizar avaliação periódica às pessoas com 60 e mais anos de idade e do tratamento segundo protocolo do Ministério de Saúde e a importância e periodicidade de realizar exame complementares. Houve a participação de líderes da comunidade, que tomaram conhecimento sobre o nosso projeto e aceitaram apoiar e ajudar os agentes de saúde na busca de idosos faltosos ou outras dificuldades que poderiam estar presentes. E na segunda semana falamos sobre estratégias de promoção da socialização dos idosos, a estratégia para não ocorrência de evasão dos idosos a consultas, e estratégias para captação de idosos para realizarem acompanhamento odontológico. Houve boa participação da comunidade. Foi preocupação deles o atendimento odontológico e a realização dos exames complementares. De forma geral os presentes se comprometeram a ajudar no traslado dos idosos e na divulgação da intervenção, e acharam que o projeto com os idosos também deveria ser feito com outros grupos, porque era muito bom.

Durante as 12 semanas fizemos acolhimento, cadastramento no programa e atendimento dos idosos, o que foi acima do previsto para esse tempo porque todo idoso que solicitou atendimento em nossa Unidade foi acolhido, mesmo que ainda não tivesse consulta agendada, e para esses casos foram disponibilizadas três vagas diárias, além dos usuários que estavam agendados. Os idosos mais frágeis tiveram prioridades no atendimento. Realizamos ainda visita domiciliar aos idosos acamados, com problemas de locomoção ou com rede social deficiente, e busca ativa dos idosos faltosos às consultas que estavam agendadas. Todos os dias de atendimento prioritário aos idosos fizemos atividades de sala de espera, exceto na semana 10 onde só trabalhamos dois dias por conta de um feriado e também porque foram dias chuvosos, a assistência foi quase nula e decidimos realizar visitas aos faltosos. Além disso, realizamos palestras em três escolas, em Canto Amaro, Reforma 2 e na escola de Freire, nas semanas 3, 7 e 10, respectivamente.

Ao final de cada mês, realizamos reunião de equipe para avaliação da intervenção, assim como revisão dos medicamentos que existem na unidade (quantidade e data de vencimento) e pedido mensal. A verificação das fichas espelho para coletar as informações e inserir na planilha eletrônica de monitoramento foi feita semanalmente pela médica da equipe, conforme planejado. Na parte superior esquerda da ficha foi colocado o número que o idoso tem na planilha de coletas de dados, com palavra “ok” se estava pronta, e com “X” nas fichas dos idosos que deveria realizar o hemoglicoteste, para melhor controle.

A cobertura alcançada não foi a que propusemos no projeto, mas precisamos levar em conta que a intervenção foi realizada em 12 semanas, e não em 16, como havia sido planejado inicialmente. De forma geral, os resultados foram bons, pois realizamos inclusão de 110 idosos, o que corresponde a 79,1% de um total de 139 idosos que moram na comunidade.

Algumas ações que foram previstas não foram realizadas nestas 12 semanas. O atendimento odontológico, por exemplo, não ocorreu conforme previsto. Apesar de ter sido disposto um dentista para nossa equipe, ele não pôde realizar atendimento nas zonas rurais pela ausência quase permanente do consultório-móvel com as condições requeridas. Foram disponibilizadas três tardes para atendimento na UBS mais próxima no início, e já na etapa final da intervenção, por interferência dos funcionários da saúde do município, o consultório-móvel foi consertado e a dentista conseguiu atender os idosos.

A avaliação da morbimortalidade das doenças cardiovasculares, neurológicas e de rins, também foi comprometida. Apesar de todos os idosos terem sido examinados adequadamente e terem os exames complementares solicitados, essa avaliação foi decrescendo enquanto avançava a intervenção, porque alguns não fizeram os exames. Uns por que não compareceram, outros porque quando foram no laboratório não havia reativos, principalmente para estudo lipídico. Ainda que existisse, acabava logo, pois o resto da população também precisa, e no hospital os materiais são escassos, às vezes não tem papel para realizar eletrocardiograma e fita para realizar teste de glicemia.

Outro ponto que influenciou negativamente o desenvolvimento das ações foi a insuficiência de medicamentos. Tivemos pouco aumento na proporção de idosos que utilizaram a medicação da Farmácia Popular, já que não houve disponibilidade em quantidade suficiente, tanto na Unidade como na Farmácia, e por isso os idosos

que estavam utilizando outros medicamentos que não são do programa, recusaram-se a mudar, alegando que depois faltaria medicamento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma atividade planejada e não realizada foi o Grupo de Idosos. Ao iniciar a intervenção, foi possível perceber que a disposição da área de abrangência da UBS não permitia fazer atividades em formato de grupo fixo, pois a equipe trabalha em diversas comunidades. Por isso, mantivemos apenas as palestras nas comunidades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta de dados e inserção na planilha, a dificuldade principal foi a ausência de algumas informações, como registro odontológico, e a demora nos resultados dos exames complementares, pelos motivos já referidos. Mas a utilização da planilha eletrônica ocorreu sem grandes dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

No início das ações, os idosos foram acolhidos pela equipe com muito entusiasmo e a participação foi ótima, todos realizavam as ações correspondentes a cada um, segundo o previsto, mas a partir do segundo mês, houve um desânimo em alguns deles. Uma das agentes não estava visitando os idosos faltosos e por isso cada vez que o atendimento era em sua comunidade, compareciam um ou dois usuários, e a enfermeira via as ações como parte da minha especialização. Mas isso foi tema de conversa em reunião da equipe e discutimos que a intervenção era para melhorar a qualidade do atendimento à saúde dos idosos, não só agora, mas de forma contínua.

A partir desse momento as atitudes foram mudando e atualmente as ações da intervenção já são rotina em nosso trabalho. Depois de finalizada a intervenção, a equipe tem continuado a avaliar os idosos pendentes por resultados de exames e atendimento odontológico, e insiste com os gestores para que as farmácias

populares sejam abastecidas de quantidade suficiente de medicamentos para doenças crônicas.

A intervenção já está incorporada à nossa rotina de trabalho, mas alguns aspectos ainda tem que ser melhorados para que seja realizada de forma adequada, não só na Unidade de Saúde, mas também em todo o Município, como manter a capacitação sobre temas de promoção à saúde dos idosos para a equipe e para as comunidades, incluindo os próprios idosos, formação de Grupos de Idosos, participação ativa das comunidades, divulgação do Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso e temas relacionados, participação ativa e eficaz dos gestores de saúde para solucionar as deficiências de materiais para realizar exames complementares da população, e sanar as dificuldades com o consultório-móvel para oferecer melhor serviço, principalmente odontológico, à população mais distante, que quase sempre é também a mais carente e necessitada. Além disso, é importante haver integração de toda a equipe e líderes da comunidade para planejamento e cumprimento das ações encaminhadas para melhorar a saúde dos idosos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS Antônio Santana Neto, situada na zona rural de Serra Vermelha, no município de Areia Branca do Estado do Rio Grande do Norte, ocorreu no período de fevereiro até abril do ano 2015, e teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, ampliando a cobertura do programa de saúde do idoso, melhorando a qualidade da atenção e o registro das informações, mapeando os idosos de risco e promovendo a saúde dos mesmos.

A UBS tem uma população total de 1.309 habitantes na área de abrangência, e deles, 139 são pessoas com 60 anos ou mais. Na intervenção conseguimos incluir 110 idosos no programa, sendo 56 do sexo masculino e 54 do sexo feminino, distribuídos nos seguintes grupos etários: entre 60 a 69 anos, 54 idosos, o que corresponde a 49,1%; entre 70 a 79 anos, 31 idosos, que representam 28,2%; entre 80 e 89 anos, 21 idosos, com 19,1% do total; e o grupo de 90 ou mais anos de idade com quatro idosos, representando 3,6% (Figura 2).

Faixa etária	Número	%
Desde 60 a 69 anos de idade	54	49,1
Desde 70 a 79 anos de idade	31	28,2
Desde 80 a 89 anos de idade	21	19,1
De 90 ou mais anos de idade	4	3,6
Total	110	100%

Figura 2. Quadro de distribuição de idosos segundo faixa etária, na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, 2015.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

No primeiro e segundo mês foi cadastrado o maior número de idosos, com 46,8% e 66,2%, que correspondem a 65 e 92 idosos, respectivamente, alcançando no terceiro mês uma cobertura de 79,1%, 110 do total de idosos da área. Isso se deu em função do maior entusiasmo que imperava na equipe e também na população, incluindo os idosos. Além disso, nos primeiros dois meses os recursos materiais e os medicamentos estavam mais disponíveis, tanto na Unidade de Saúde como na farmácia popular, e conseguimos levar o consultório-móvel às comunidades rurais mais distantes. Logo que surgiram as dificuldades para realizar os exames complementares, alguns idosos deixaram de comparecer para atendimento. A equipe buscou estimulá-los, por meio de conversas e palestras, pouco a pouco começaram a comparecer, e ao final dos três meses de intervenção, a cobertura foi bastante ampliada. Acreditamos que a meta de 98% seria alcançada se tivéssemos mais um mês de intervenção (Figura 3).

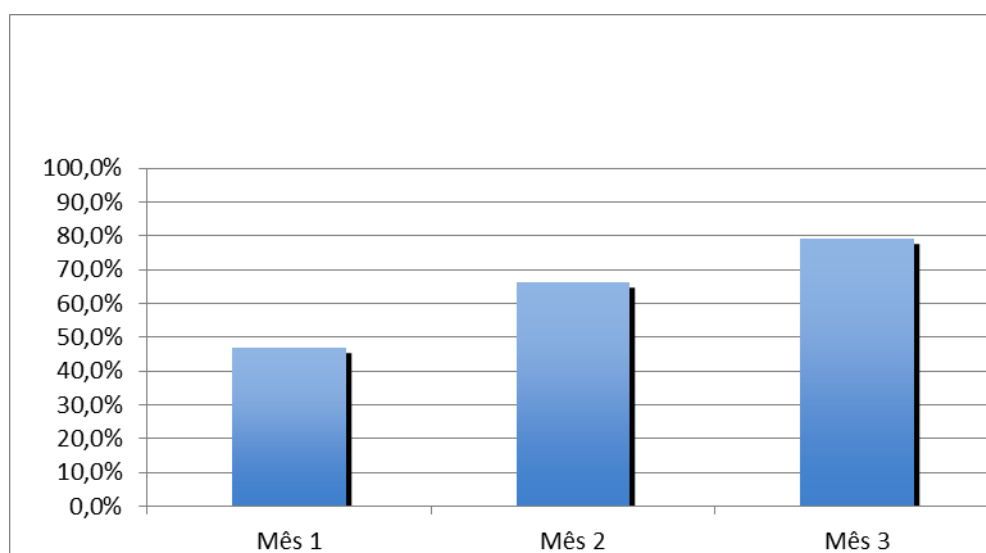


Figura 3. Gráfico de evolução mensal do indicador de Cobertura do programa atenção à saúde do idoso na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, no período de fevereiro a abril de 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Para melhorar a qualidade da atenção, a equipe realizou avaliação multidimensional rápida de todos os idosos cadastrados no programa, alcançando a meta de 100% nos três meses de intervenção. Para isso, utilizamos o instrumento da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (Anexo D) apresentado no Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010). Como essa meta só dependia do atendimento clínico dos usuários, não apresentamos dificuldades em alcançá-la.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

A equipe também realizou exame físico integral, incluindo avaliação dos pés e pulsos pedioso e tibial posterior, em todos os idosos cadastrados no programa nos três meses de intervenção, alcançando a meta de 100%. Como essa meta também dependia apenas do atendimento clínico dos usuários, não apresentamos dificuldades em alcançá-la.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Os idosos hipertensos e diabéticos receberam solicitação de exames complementares de acordo com a periodicidade estabelecida. Tivemos 40 idosos hipertensos e diabéticos cadastrados, e todos receberam essa solicitação nos três meses, sendo a meta de 100% alcançada.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

A prescrição priorizada de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular também foi uma das ações realizadas, mas, ao contrário do que se esperava, a meta de 100% não foi alcançada porque os idosos falavam que muitas vezes essas medicações faltavam na farmácia popular e na Unidade de Saúde, e que preferiam continuar com a medicação que já usavam. No primeiro mês 34 idosos receberam a prescrição de medicamentos da farmácia Popular, o que corresponde a 52,3% do total, no segundo mês foram 49 idosos, que representavam 53,3%, e no terceiro mês, 61 idosos, totalizando 55,5% ao final da intervenção (Figura 4).

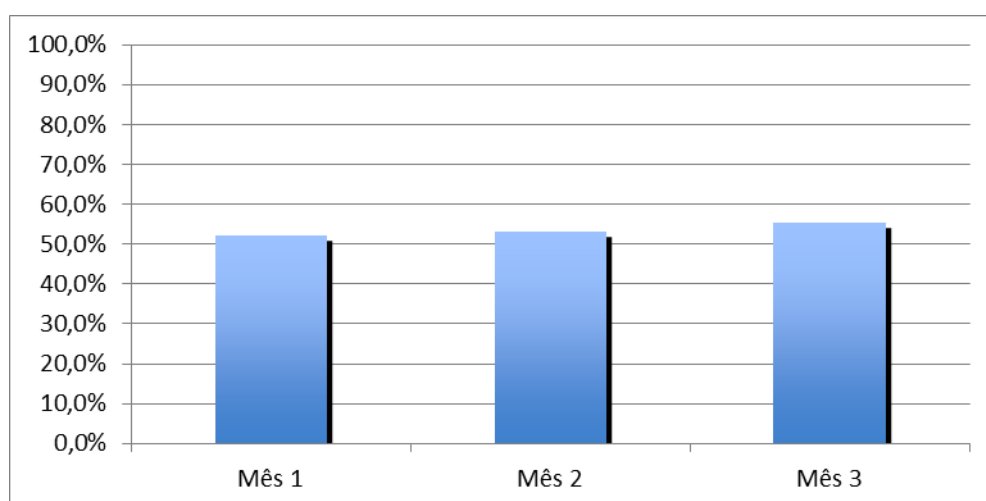


Figura 4. Gráfico de evolução mensal do indicador de Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, período de fevereiro a abril de 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados, tendo sido apenas um idoso nos dois primeiros meses, e mais um idoso no terceiro mês. Assim, a meta de 100% foi alcançada nos três meses.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram avaliados em visita domiciliar, tendo sido alcançada a meta de 100% nos três meses. Não tivemos dificuldades em realizar essas visitas, porque nas comunidades foi acordado que em caso de idosos acamados seria feita a visita e atendimento com brevidade.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Para rastrear Hipertensão Arterial Sistêmica nos idosos, foi realizada a verificação da pressão arterial na última consulta em 100% dos idosos nos três meses de intervenção. Essa meta não foi difícil de alcançar, uma vez que já era rotina na UBS aferir a pressão arterial antes de qualquer atendimento.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus.

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS, também foram rastreados para Diabetes Mellitus nos três meses de intervenção, tendo sido alcançada a meta de 100%. Foram 33 idosos hipertensos ou com pressão arterial acima de 135/85 mmHg ao final da intervenção. A maior quantidade deles, 20 idosos, foi identificada nas primeiras quatro semanas, já no segundo e terceiro meses foram sete e seis idosos, respectivamente. Segundo os resultados dos exames, quatro idosos tiveram o diagnóstico de diabetes, sendo que ao concluir a intervenção alguns idosos ainda estavam com resultados de exames pendentes.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Avaliamos 100% dos idosos cadastrados na intervenção para necessidades odontológicas, nos três meses. Como essa ação era feita durante o atendimento clínico, não encontramos dificuldades para executá-la.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Infelizmente não conseguimos que todos os idosos realizassem ao menos a primeira consulta odontológica, em função das dificuldades com o equipamento do consultório-móvel, que ficou quebrado durante quase toda a intervenção. Alguns idosos já realizavam consulta odontológica no setor privado, e outros puderam ser atendidos na Unidade de Pedrinhas ou no consultório-móvel, já próximo ao final da intervenção, depois da reunião que culminou com seu conserto. No primeiro mês, dos 65 cadastrados, 13 passaram por primeira consulta odontológica, que corresponde a 20%, no segundo mês apenas mais um idoso foi avaliado por odontólogo, passando para um total de 14, que representava 15,2%, e no terceiro mês, mais 16 idosos tiveram consulta odontológica. Ao final da intervenção, apenas 30 idosos, dos 110 cadastrados, realizaram a primeira consulta odontológica, o que corresponde a um percentual de 27,3%, sendo que a meta não alcançada (Figura 5).

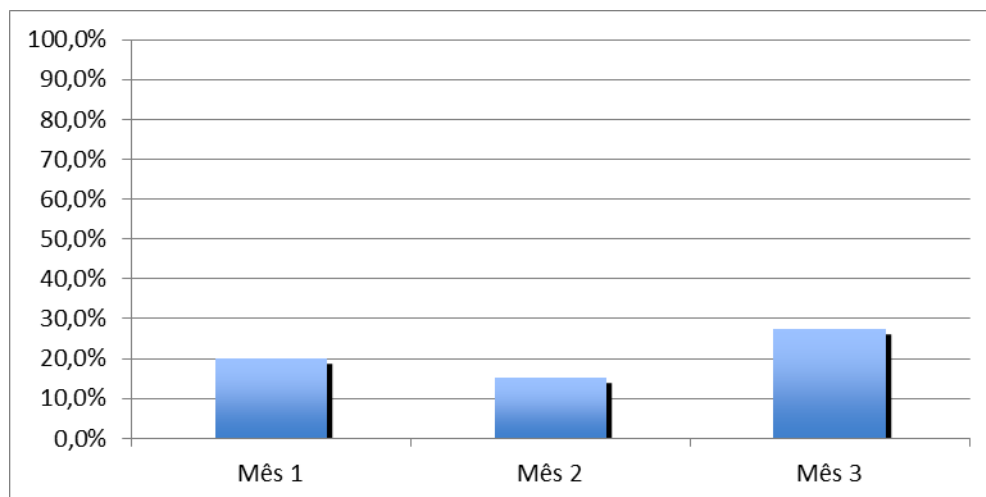


Figura 5. Gráfico de evolução mensal do indicador de Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, período de fevereiro até abril de 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Os idosos que tiveram consultas programadas e faltaram, precisavam ser buscados. Durante a intervenção tivemos apenas dois idosos faltosos, sendo um no primeiro mês e outro no terceiro mês, que foram buscados e passaram por consulta. Assim, a meta de 100% foi alcançada nos três meses de intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Para melhorar o registro das informações durante a intervenção, todos os idosos inscritos no programa tiveram a ficha espelho preenchida regularmente a cada consulta. Assim, a metas de manter 100% dos idosos cadastrados com o registro na ficha espelho em dia foi alcançada nos três meses. Além dos registros que os ACS possuem da população, conseguimos iniciar os próprios registros na UBS. A integração da equipe e cada membro fazendo as ações planejadas com antecipação, com o preenchimento das fichas espelho pela enfermeira, técnico de enfermagem ou médica, facilitou a melhora do registro das informações.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Todos os idosos inscritos no programa receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Assim, a meta de distribuir Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos cadastrados, foi alcançada nos três meses. O preenchimento das cadernetas pelos agentes de saúde, durante as visitas, facilitou o alcance dessa meta.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

É muito importante o rastreamento das doenças crônicas ou complicações daquelas que já existem. Por isso, em nossa intervenção tivemos como ação proposta avaliar o risco de morbimortalidade de todos os idosos. Esse indicador se comportou de forma decrescente. No primeiro mês avaliamos 48 idosos dos 65 cadastrados, representando 73,8%, no segundo mês avaliamos 56 de um total de 92 cadastrados, o que corresponde a 60,9%, e ao fim do terceiro mês, tivemos apenas 60 idosos, do total de 110, com avaliação de morbimortalidade, que resultou num percentual de 54,5%, bem abaixo da meta estabelecida (Figura 6). Isso se deve em função da necessidade dos exames laboratoriais para a conclusão dessa avaliação. Além da demora desses resultados chegarem à Unidade de Saúde, ainda houve a carência de reativo no laboratório e no hospital, o que fez com que alguns idosos não realizassem os exames solicitados, dificultando a avaliação da morbimortalidade.

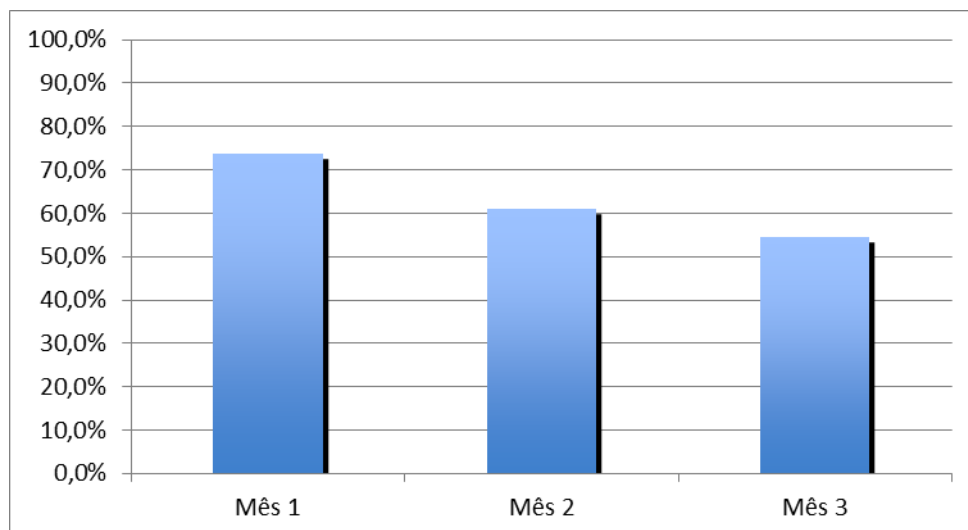


Figura 6. Gráfico de evolução mensal do indicador de Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN, período de fevereiro a abril de 2015.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Conhecer o risco de fragilidade dos idosos também oferece benefícios, pois possibilita a equipe realizar ações de prevenção e promoção, para evitar ocorrências de deficiências ou outras doenças que dificultam o bem estar das pessoas de idade avançada. Em nossa unidade, 100% dos idosos cadastrados no programa foram avaliados quanto à presença de doenças crônicas ou terminal, risco de sofrer quedas, existência de mudanças nas atividades da vida diária, como comer e tomar banho, fatores psicológicos ou sociais, uso de medicamento e quantidade que usa, ocorrência e frequência de hospitalização no último ano. Tudo isso para identificar possíveis fragilidades, através do Teste de Fragilidade de Edmonton. Logo, a meta de 100% foi alcançada nos três meses. Isso foi possível também pela cooperação da equipe toda na organização de trabalho.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Foi avaliada a rede social de 100% dos idosos nos três meses de intervenção, tendo sido alcançada a meta. Investigamos, além dos dados pessoais, a escolaridade, o arranjo familiar, situação econômica, estado civil, vínculo com a família e vizinhos, participação nas atividades sociais, quem cuida de sua alimentação, roupas, limpeza do domicílio, quem cuida deles, quem cuida de suas finanças, dados que foram referidos pelo próprio idoso ou por seu responsável. O resultado demonstrou que há alto nível de analfabetismo, baixa participação nas atividades comunitárias, quase todos moram junto ou perto da família, que cuida e controla suas finanças, principalmente uma filha ou esposa.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

A promoção de saúde dos idosos garante um envelhecimento ativo e saudável, por isso é importante a orientação a esta população. Em nossa intervenção, 100% dos idosos cadastrados no programa receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis nos três meses, resultando no alcance da meta estabelecida.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os idosos cadastrados no programa receberam orientações também sobre a prática regular de exercícios físicos, alcançando a meta de 100% nos três meses de intervenção.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Da mesma forma, todos os idosos foram orientados quanto a higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias, nos três meses de intervenção. Assim, a meta também foi alcançada.

As ações de promoção à saúde foram possíveis devido à capacitação que a equipe recebeu durante a intervenção, e ao interesse da equipe, população-alvo, familiares e resto da comunidade em aumentar os conhecimentos sobre estes temas. Quando se apropriam mais das informações, têm mais possibilidades de cuidar de sua saúde.

4.2 Discussão

Em nossa UBS, com a conclusão da intervenção, alcançamos o aumento da cobertura da atenção à saúde dos idosos, a avaliação da situação de saúde integral de todos os cadastrados no programa, com o intuito de melhorar suas condições de vida e seu bem-estar físico e mental, um melhor registro das ações e atividades realizadas por cada integrante da equipe, e entrega a cada idoso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Para a equipe, a intervenção realizada teve muita importância, porque com ela todos os profissionais da saúde foram capacitados sobre temas como políticas na atenção a saúde dos idosos, fragilidade em idosos, promoção de saúde, nutrição das pessoas idosas, atividades físicas na terceira idade e outros temas que ajudaram a ter sensibilização com os problemas de nossos idosos. O desenvolvimento na assistência à saúde da pessoa idosa foi melhorado com a realização de ações em conjunto e por cada um. Por exemplo, os ACS visitaram idosos para aumentar a cobertura da atenção e buscavam faltosos e acamados, que logo a equipe visitava. As cadernetas foram preenchidas por eles e técnico de enfermagem. Na Unidade de Saúde, todos faziam acolhimento e realizavam palestras educativas. O técnico de enfermagem ou enfermeiro preenchiam as fichas e aferiam os sinais e medidas dos idosos, e as consultas eram feitas pela médica e enfermeiro. É possível dizer que realizamos um bom trabalho em equipe e alcançamos mais organização do processo de trabalho, especialmente na atenção a esse grupo.

Para o serviço, a intervenção trouxe mais organização no planejamento e acolhimento para atendimento, não só para os idosos, mas também para toda a

população. Além de realizarmos as consultas aos idosos, os outros grupos populacionais não ficaram desassistidos, sendo atendida maior quantidade de pessoas com melhor qualidade, já que o trabalho foi distribuído entre toda a equipe. Além disso, com a intervenção, o odontólogo passou a fazer parte da equipe de forma fixa, e o consultório-móvel está funcionando adequadamente, para oferecer atendimentos às áreas mais distantes.

A intervenção, para a comunidade, possibilitou sensibilização da mesma para a realização de ações que possam abordar a prevenção, que permitam que as pessoas idosas se mantenham ativas, gozem de saúde e continuem a participar na vida social da sua comunidade, e que possam ter qualidade de vida na terceira idade.

Se eu fosse realizar a intervenção nesse momento, eu faria diferente ao envolver mais a comunidade e os gestores na solução das dificuldades. Conseguimos resolver aquelas que dependiam apenas da equipe, como buscar local para fazer atendimento quando o consultório-móvel estava com defeito; não suspender o atendimento por situações imprevistas, como chuva, quando decidíamos no momento trocar a consulta na UBS por visitas domiciliares; falta do meio de transporte para as comunidades; falta de algum membro da equipe, onde as ações que correspondiam a essa pessoa eram realizadas por outras. As principais dificuldades que não dependiam da equipe eram o atendimento odontológico e a realização dos exames, que felizmente para a comunidade ao final da intervenção foi estabilizado.

A intervenção está incorporada à nossa rotina. Ainda continuamos ampliando a cobertura, planejamos e realizamos visitas aos faltosos e as outras ações também estão sendo feitas. Mas pretendemos realizar o planejamento das ações adequado à realidade de nossas comunidades, como por exemplo, a formação de pequenos grupos de idosos para realizar atividades de alimentação saudável e atividade física, que são fatores principais para a conquista uma vida mais longa e com qualidade.

Para melhorar a atenção à saúde no serviço, a equipe vai solicitar aos gestores a conclusão da Unidade Básica de Saúde para poder ter um ambiente propício, onde possamos ofertar uma adequada atenção aos usuários. Além disso, pretendemos solicitar os protocolos dos diferentes programas de saúde para ter capacitação periódica do toda a equipe, e pouco a pouco fazer intervenção nos

demais programas. Guiados por este exemplo, estamos fazendo atendimento similar às crianças e às grávidas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

No mês de março do ano de 2015, foi iniciada na UBS Antônio de Santana Neto, uma intervenção com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde dos idosos, com duração de 12 semanas.

A UBS está situada na zona rural Serra Vermelha do município Areia Branca do Rio Grande do Norte, e possui uma equipe de saúde composta por três agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma médica do Programa Mais Medico para o Brasil, de nacionalidade cubana, e, de recente incorporação, uma equipe de saúde bucal com uma técnica de saúde bucal e um odontólogo. Atende uma população de 1.309 usuários, distribuídos pelas comunidades de Canto de Amaro, Freire, Garavelo I, II, III, Garavelo IV, Santo Reis, Reforma I e II, e de Serra Vermelha, sendo 139 idosos.

Na mesma semana em que estava previsto o início da intervenção, realizamos algumas ações para evitar dificuldades no processo. Tivemos uma reunião com os líderes da comunidade para dar conhecimento sobre o nosso projeto e solicitar sua participação na busca de idosos faltosos ou outras dificuldades que poderiam estar presentes. Depois, conversamos com equipe de odontologia, para conhecer como se dava o atendimento dos idosos na UBS Pedrinhas, e fazer a capacitação dessa equipe. Foi acordado três dias de atendimento no horário da tarde, mas aconteceu que, pela distância das comunidades e a idade da população alvo, além de pouco meio de transporte até lá nesse horário, a melhor alternativa era consertar o consultório-móvel para ir até as comunidades. Por fim, conversamos com o secretário de saúde, com o gestor da atenção básica e o prefeito, onde foi apresentado o projeto e firmamos alguns compromissos, como o conserto do

consultório-móvel, e a disponibilização de materiais e pessoal necessário como equipe de NASF.

Uma vez iniciada a intervenção propriamente dita, houve boa participação, tanto dos integrantes da equipe como dos idosos. A união da equipe e interesse para melhorar a saúde dos idosos e para resolver algumas dificuldades que se apresentaram, a participação da comunidade, que propiciou local para realizar acolhimento e atendimento da população e apoiou na busca de faltosos, o trabalho fundamental dos agentes de saúde para cadastrar o maior número de idosos na intervenção, e o apoio da secretaria de saúde, que disponibilizou fichas espelho, cadernetas da saúde de idosos e material para teste de hemoglicose, facilitaram o andamento da intervenção.

Durante os três meses da intervenção os idosos que eram agendados pelas ACS nas visitas domiciliares ou que buscavam atendimento espontaneamente, eram acolhidos e atendidos no momento, onde tinham sua ficha espelho preenchida e passavam por consulta, com exame clínico completo, avaliação multidimensional rápida para avaliar fragilidade ou deficiências, solicitação e verificação de exames, além de receberem a Caderneta de Saúde e orientações sobre temas importantes para prevenir doenças, como a importância de realizar exercícios físicos, ter alimentação saudável, cuidar da saúde bucal, e sobre a importância de realizar atendimento periódico da saúde. Os idosos que não podiam ir até a UBS eram visitados em casa e receberam a mesma atenção e orientações, assim como os faltosos, buscados pelas ACS.

Fizemos capacitação da equipe sobre vários temas referentes aos idosos, com o objetivo de que o atendimento fosse de mais qualidade, e reunião de equipe periodicamente para avaliação das ações e programar novas atividades. Além disso, realizamos palestras nas escolas e atividades de sala de espera para os idosos e para toda a comunidade, para que entendessem a importância da intervenção e que pudessemos contar com seu apoio e participação ativa na mesma.

Ao final da intervenção a cobertura alcançada não foi a que propusemos no projeto, mas precisamos levar em conta que a intervenção foi realizada em 12 semanas, e não em 16, como foi planejado inicialmente. De forma geral, os resultados foram bons. No primeiro mês foram cadastrados 65 idosos, o que corresponde a uma cobertura de 46,8%, no segundo mês alcançamos 66,2%, com 92 idosos cadastrados, e ao final da intervenção conseguimos realizar a inclusão de

110 idosos, o que corresponde a 79,1% de um total de 139 idosos que moram na comunidade.

Analisando os indicadores na planilha final verificamos que 100% dos idosos tem exame clínico apropriado e tem a avaliação Multidimensional Rápida. No primeiro encontro solicitamos os exames complementares, e apesar de ter prescrição de medicamentos da farmácia popular, alguns não quiseram usar, porque alegavam não encontrar às vezes. No final da intervenção, apenas 55,5% dos idosos utilizavam medicamento da farmácia popular. Acamados e alguns faltosos receberam visita domiciliar. Tivemos 33 idosos com valores de pressão arterial sustentada acima de 135/85 e todos foram rastreados para DM, sendo que quatro deles foi diagnosticado com diabetes. Todos os cadastrados tiveram avaliação para atendimento odontológico, foram investigados quanto a indicadores de fragilidade, com avaliação da rede social, e receberam orientações sobre saúde.

Tivemos algumas dificuldades que influenciaram de maneira negativa, como o déficit do reativo para realizar exames complementares indicados, principalmente estudo lipídico e eletrocardiograma, o que dificultou a avaliação de risco de doenças cardiovasculares, neurológicas ou de rins; a falta de atendimento odontológico, por dificuldade com o consultório-móvel; e a pouca de interação da comunidade nas ações de saúde.

Algumas ações que foram previstas não foram realizadas nestas 12 semanas. O atendimento odontológico, por exemplo, não ocorreu conforme previsto. Apesar de ter sido disposto um dentista para nossa equipe, no início da intervenção, ele não pôde realizar atendimento nas zonas rurais pela ausência quase permanente do consultório-móvel com as condições requeridas. Apenas na etapa final da intervenção o consultório-móvel voltou a funcionar e foi estabilizado o trabalho do dentista, com a mesma programação de consulta nas comunidades que tem toda a equipe. Por isso obtivemos apenas 23,7% idosos com atendimento odontológico.

A avaliação da morbimortalidade das doenças cardiovasculares, neurológicas e de rins, também foi comprometida. Apesar de todos os idosos terem sido examinados adequadamente e terem os exames complementares solicitados, essa avaliação foi decrescendo enquanto avançava a intervenção. Assim no primeiro mês foram avaliados 73,8% e no último mês se avaliou 54,5%, porque alguns não fizeram os exames, uns por que não foram, outros porque quando foram

no laboratório não havia reativos, principalmente para estudo lipídico. Ainda que exista, logo acaba, pois o resto da população também precisa, e no hospital às vezes não tem papel para realizar eletrocardiograma e realizar teste de glicemia, e por isso alguns tiveram que realizar nos laboratórios particulares. Além disso, outros já realizaram exames, mas ainda não receberam os resultados até concluirmos as 12 semanas.

A intervenção já está incorporada à nossa rotina de trabalho, mas alguns aspectos ainda precisam ser melhorados, não só na Unidade de Saúde, mas em todo o Município. É preciso manter a capacitação sobre temas de promoção à saúde dos idosos para a equipe e para as comunidades, incluindo os próprios idosos, formar de Grupos de Idosos, estimular a participação ativa das comunidades, divulgar o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso e temas relacionados, solucionar as deficiências de materiais para realizar exames complementares. Além disso, é importante haver integração de toda equipe, líderes da comunidade e gestores para planejamento e cumprimento das ações encaminhadas para melhorar a saúde dos idosos.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde de Serra Vermelha.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A Unidade de Saúde Antônio Santana Neto, está situada na zona rural de Serra Vermelha, no município de Areia Branca do Estado do Rio Grande do Norte. A UBS possui uma equipe de saúde composta por três agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma médica do Programa Mais Medico para o Brasil, de nacionalidade cubana, e, de recente incorporação, uma equipe de saúde bucal com uma técnica de saúde bucal e um odontólogo. Atende uma população de 1.309 usuários, distribuídos pelas comunidades de Canto de Amaro, Freire, Garavelo I, II, III, Garavelo IV, Santo Reis, Reforma I e II, e de Serra Vermelha, sendo 139 idosos.

Em março de 2015 foi iniciada uma intervenção na Unidade de Saúde, com objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas de nossas comunidades. Para isso foi necessário ampliar a quantidade de atendimento das pessoas com 60 anos e mais de idade, melhorar a qualidade da atenção e o registro das informações, localizar os idosos de risco, e promover a saúde dos mesmos por meio das palestras e conversos sobre ações que devem fazer para estarem mais saudáveis, evitar complicações no futuro e viver sem deficiências.

Antes de iniciar a intervenção a equipe teve conversa com alguns líderes da comunidade para conhecerem o projeto, pedir a participação para ajudar os agentes de saúde na busca de idosos faltosos ou outras dificuldades que poderiam estar presentes. Aceitaram apoiar no que fosse necessário para evitar dificuldades no andamento da mesma. Também conversamos com os gestores, que disponibilizaram cadernetas e fichas para a intervenção, e se comprometeram em ajeitar o consultório-móvel para poder facilitar nosso atendimento e do odontólogo e apoiar com pessoal necessário como equipe de NASF.

Atualmente existem 139 pessoas idosas na área de abrangência da Unidade de Saúde, mas apenas 110 participaram da intervenção, sendo 56 do sexo

masculino e 54 do sexo feminino. A esses idosos foi realizado atendimento, com exame físico completo, incluindo sua boca e avaliação nutricional. Para isso, na consulta se verificou o peso, altura, pressão arterial e outras medidas, inclusive buscando novos hipertensos e diabéticos. Também examinamos os pulsos dos pés e os que ficam atrás dos joelhos, principalmente nos usuários diabéticos para buscar complicações circulatórias, assim como solicitamos exames como glicemia, colesterol, triglicérides, creatinina, eletrocardiograma e outros para avaliar e buscar outras doenças ou possíveis complicações que podem ser evitadas, quando as pessoas têm uma alimentação saudável, realiza exercícios físicos, realiza tratamento adequado e acompanhamento de sua saúde periodicamente.

Outras atividades que realizamos com os idosos e com as pessoas da comunidade foram palestras e conversas sobre esses temas nas escolas, antes de iniciar o atendimento, além de receber orientações no final de cada consulta. Também realizamos atividades com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (nutricionista, orientador físico e psicólogo), como mostrar algum exercício físico que podem realizar para diminuir dor no corpo e melhorar outras funções.

É muito importante o bem-estar psíquico dos idosos, por isso também nos interessamos por conhecer como vivem, quem cuida deles, as relações com sua família e vizinhos e orientamos aos familiares naqueles casos em que é necessário. Os idosos acamados ou com dificuldades para assistir à Unidade de Saúde foram visitados em casa, assim como os faltosos a consulta, e receberam as mesmas ações e orientações.

Pelas dificuldades, como a falta de recursos no laboratório do hospital, nem todos os idosos tiveram possibilidade de realizar os exames no período dos três meses da intervenção, nem todos foram avaliados pelo dentista, por não ter no início um local adequado onde fazer a consulta. Apenas no final esse problema foi resolvido, com o conserto do consultório-móvel, quando a equipe de saúde bucal conseguiu atender alguns idosos.

Todas as ações foram registradas nos prontuários de cada usuário, nas fichas espelho e nas Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, que foram entregues a cada idoso.

Todo o trabalho foi possível também pela ajuda da comunidade que proporcionou local para realizar o atendimento e ajudou na busca dos idosos, e dos gestores de saúde, que proporcionaram recursos materiais, transporte, fichas

espelho, cadernetas etc. Para a comunidade a intervenção foi muito importante porque foram capacitados nos temas referentes à saúde dos idosos, há mais qualidade no atendimento e há mais organização nos agendamentos das consultas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, modalidade de ensino a distância (EaD), foi um acontecimento, uma nova experiência para mim. Sinceramente reconheço que no início foi muito difícil, às vezes até tentei abandonar, mas à medida que o diálogo e as oportunas avaliações da minha orientadora, e também seguindo as orientações oferecidas pelo curso para realizar cada tarefa das diferentes unidades, fui avançando. Isso me ajudou a ganhar, primeiro, habilidade com informática, e ao pôr em prática as tarefas, uma nova forma de trabalhar aprendendo, não só eu, mas toda a equipe.

Minhas expectativas iniciais foram superadas, porque com o curso e através do estudo nas quatro unidades, adquiri também mais capacidades e habilidades no trabalho na Atenção Básica, que gerou mudanças na UBS e no trabalho da equipe. Por isso o curso foi importante e tem grande significado; ele me ajudou a conhecer alguns problemas das comunidades onde trabalhamos principalmente no que se refere à saúde dos idosos, a inserir a participação ativa da população em nosso trabalho e em resolver os problemas que afetam sua saúde.

Para minha prática profissional, o curso teve como resultado tornar-me melhor preparada em atenção primária à saúde no Brasil. A equipe, a partir do apreendido dos temas estudados, também está mais organizada e capacitada para fazer uma assistência de qualidade aos usuários e assim podermos garantir que se cumpram os princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso – Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2003. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>. Acesso em 04 de nov. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. [Internet]. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>. Acessado em 16 out 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1													
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional na Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
Indicadores de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	13												
	14												
	15												
	16												
	17												
	18												
	19												
	20												
	21												

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Anexo D - Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: ____ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão — Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/ DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste — fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional — MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).